
Meio ambiente e saúde: indicadores de qualidade de vida e desenvolvimento humano

Meio ambiente e saúde: indicadores de qualidade de vida e desenvolvimento humano

Environment and Health: Indicators of Quality of Life and Human Development

Giana Diesel Sebastiany ¹

Resumo: Considerando a história da preocupação das sociedades com o desenvolvimento, se percebe o privilégio dado às questões econômicas nas tentativas de mensuração desse processo. Desenvolvimento foi compreendido, por longas décadas, como sinônimo de desenvolvimento econômico. Já na década de 1990 é que as dimensões sociais passam a tomar forma nos índices de mensuração do desenvolvimento, com a proposição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), associando esperança de vida e mortalidade infantil aos cálculos de renda *per capita*. Nas reflexões que seguem, a partir de um levantamento bibliográfico, se aborda o contexto de proposição de alguns índices de desenvolvimento, suas possibilidades e limitações, especialmente no que se refere às questões de saúde e qualidade de vida das populações. O estudo de tais indicadores é de fundamental importância para compreender “de que desenvolvimento se fala”, quando diferentes interlocutores fazem uso de números para justificar uma ação ou adoção de determinadas políticas. Por fim, se reflete sobre as conexões entre qualidade de vida e saúde, na perspectiva de ressaltar a larga abrangência dessas, para além do assistencialismo nos serviços de saúde loco regionais.

Palavras-chave: Desenvolvimento humano. Qualidade de vida. Meio ambiente. Saúde.

Abstract: Considering the concern of the societies along the time with the development, the privilege given to economic issues is remarkable in attempts to measuring this process. Development has been understood for many decades as synonymous of economic development. In the 1990s the social dimensions began to be a part of the indexes for measuring development, with the proposition of the Human Development Index (HDI) by the United Nations Development Program (UNDP), combining life expectancy and infant mortality to the calculations of income per capita. From these reflections, through a bibliographic search, it is discussed the context of proposition of some development indexes, its possibilities and limitations, especially with regard to issues of health and quality of life of the people. The study of such indicators is very important for understanding “which development is being discussed around,” when different interlocutors use numbers to justify an action or adoption of certain policies. Finally, it is reflected on the connections between quality of life and health showing their broad scope, beyond the assistencialism in regional health services.

Keywords: Human development. Quality of life. Environment. Health.

¹ Atua como Coordenadora Pedagógica do Curso de Medicina da UNISC. Doutoranda em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC/RS); Mestre em Educação (UFSC/SC); Professora Assistente do Departamento de Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC/RS). Contato: giana@unisc.br

1 INTRODUÇÃO

Considerando a história da preocupação das sociedades com o desenvolvimento, se percebe o privilégio dado às questões econômicas nas tentativas de mensuração desse processo. Crescimento foi compreendido, então, por longas décadas, como sinônimo de desenvolvimento econômico.

Somos membros de uma única família terrena, unidos uns aos outros pela frágil teia-de-aranha que é a vida no planeta. Portanto, é nosso dever assumir comportamentos que não comprometam o equilíbrio ecológico da Terra, assim como os direitos fundamentais e a sobrevivência das outras espécies e de toda a humanidade. (Vandana Shiva)².

Já na década de 1990 é que as dimensões sociais passam a tomar forma nos índices de mensuração do desenvolvimento, com a proposição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), associando esperança de vida e mortalidade infantil aos cálculos de renda *per capita*.

Mais recente, ainda, embora as discussões já estivessem presentes nas décadas de 1960 e 1970, está situada a tentativa de analisar o desenvolvimento econômico condicionando-o às práticas de preservação ambiental e às melhorias na qualidade de vida das populações. Entretanto, cabe destacar a dificuldade de utilização de índices de mensuração de qualidade de vida, uma vez que lida com conceitos controversos e com um forte componente subjetivo.

O objetivo desse artigo é apontar o contexto de proposição de alguns índices de desenvolvimento, suas possibilidades e limitações, especialmente no que se refere às questões de saúde e qualidade de vida das populações. O estudo de tais indicadores é importante para compreender “de que desenvolvimento se fala”, quando diferentes interlocutores fazem uso de números para justificar uma ação ou adoção de determinadas políticas.

Trata-se, portanto, de um levantamento bibliográfico sobre as conexões entre qualidade de vida e saúde, na perspectiva de ressaltar a larga abrangência dessas, para além do assistencialismo nos serviços de saúde loco regionais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Índices de Desenvolvimento: a predominância do fator econômico

Ao longo do século XX se observa a predominância da relação causal entre desenvolvimento e crescimento econômico, embora reconhecendo a polissemia que encerra o conceito de desenvolvimento. Nos economistas clássicos há a associação direta e fundamental entre o desenvolvimento e o crescimento da produção.

O auge das metrópoles industriais até o início do século XX fez considerar o crescimento da riqueza como algo substancial ao capitalismo, como um processo automático associado ao devir capitalista, portanto, o desenvolvimento foi ficando uma questão secundária. (GÓMEZ, 1997, p.2).

Com o crescimento econômico, capitaneado pela industrialização, o desenvolvimento chegaria a todos; em algum tempo, toda a população teria acesso à riqueza decorrente desse processo de industrialização. Portanto, o desenvolvimento era considerado como “natural”, como uma evolução

² In.: BARROS e BETTO, 2009, p. 217.

histórica, um “devir capitalista”, que não necessitava de intervenções para a sua promoção (HARVEY, 2009).

O crescimento/desenvolvimento econômico enfrentou algumas crises ao longo do primeiro terço do século passado, porém, essas crises eram consideradas flutuações cíclicas, inerentes ao movimento autônomo do regime capitalista.

A confiança em mecanismos automáticos reequilibradores das crises dispensavam qualquer intervencionismo corretor. Não se considerava necessário estabelecer programas, públicos ou privados, destinados a promover um desenvolvimento que deveria chegar “naturalmente”. (GÓMEZ, 1997, p.2).

Entretanto, o contexto pós 2ª Guerra Mundial gera a necessidade da revisão de algumas certezas e modifica a compreensão da necessidade de uma intervenção planejada no contexto econômico, a fim de elevar o nível de desenvolvimento dos países. Foi dada a largada para uma “corrida desenvolvimentista”, tendo os Estados Unidos da América como “líder e promotor do desenvolvimento industrial em outros países”. Havia a preocupação com a reconstrução de países (já industrializados) devastados pela guerra e com a pobreza gritante de territórios coloniais que iam conquistando independência (HARVEY, 2009).

A força inercial do capitalismo já não mais dava conta da promessa de equidade no desenvolvimento e no alcance às riquezas advindas do crescimento econômico. Além disso, as proposições keynesianas³ apontavam para a possibilidade de uma intervenção planejada na economia, acelerando a industrialização e os resultados econômicos, quantitativamente.

A expansão capitalista no período pós-guerra veio alicerçada numa ampliação dos fluxos do comércio mundial e investimentos internacionais na reconstrução dos países devastados. Cabe lembrar, entretanto, que a expansão não aconteceu de forma homogênea em todos os países. Conforme Harvey (2009), alguns países não conseguiram aportar pesados investimentos na produção em massa e, da mesma forma, não possibilitaram o consumo em massa. Cada vez mais, o capital concentrou-se numa série de regiões de grande produção, em termos da economia mundial.

A busca desenfreada pela industrialização e pelo desenvolvimento econômico levou a maioria dos países do mundo a concentrar seus esforços na promoção do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), deixando a qualidade de vida em segundo plano. O crescimento econômico era visto como meio e fim do desenvolvimento. (OLIVEIRA, 2002, p.37).

A partir desse momento, o modelo de “Estado desenvolvimentista” impõe-se no contexto internacional, possibilitando estudos e ações de aperfeiçoamento do seu marco teórico e operativo, além da institucionalização dos seus pressupostos pelos governos e pelas empresas. No entanto, para governar é preciso avaliar, medir e comparar.

Assim, a avaliação do desenvolvimento esteve limitada à sua dimensão econômica, durante praticamente todo o século XX, assumindo sua tradução em índices que buscaram quantificar a riqueza gerada em diferentes países. Nesse contexto é que os indicadores⁴ dos índices foram construídos, como instrumentos de medida que fossem aceitos em escala mundial, possibilitando a comparação, a análise e a tomada de decisões.

³ As ideias de John M. Keynes consistiam num “conjunto de estratégias administrativas científicas e poderes estatais, que estabilizassem o capitalismo”. (HARVEY, 2009, p.124).

⁴ Indicadores “e sua expressão em índices são muito úteis, face ao seu poder de concisão, condensando o quadro de uma situação em um período específico (...). Os indicadores facilitam a tomada de decisão, pois, pelos processos de quantificação e simplificação da informação, informam/formam a opinião pública, teoricamente de importância vital em sistemas democráticos” (HERCULANO, 2000, p.7).

Nos anos 1950, numa ampla campanha em favor do crescimento econômico dos países, as Nações Unidas elegem o Produto Nacional Bruto (PNB), ou Produto Interno Bruto (PIB)⁵, “como indicador que separa os ‘países pobres’ dos ‘países ricos’” (GÓMEZ, 1997, p.3), ou melhor, países subdesenvolvidos de países desenvolvidos.

Com a adoção da mensuração do Produto Interno Bruto (PIB) no cenário mundial, aprofundou-se a perspectiva de avaliação do desenvolvimento predominantemente pelas riquezas geradas, mesmo que, de pronto, algumas críticas já tenham surgido, especialmente no que se refere ao fato do PIB medir atividades econômicas destrutivas e reparadoras (em termos ambientais, por exemplo) como produtivas. Também, a divisão do PIB *per capita*⁶ tem sido questionada enquanto medida da renda real da população.

O Produto Nacional Bruto per capita pode ser um bom indicador da renda média real de uma nação, mas as rendas verdadeiras usufruídas pelas pessoas vão depender também do padrão distributivo da renda nacional. E também a qualidade de vida das pessoas depende não meramente de sua renda pessoal. (SEN e KLIKBERG, 2011, p.75).

Nos anos 1960/1970, fica evidente que a mensuração do PIB dos países não gera a redução da pobreza e não reflete, adequadamente, o impacto do desenvolvimento econômico nas condições de vida das populações. Entretanto, somente a partir de 1990, a Organização das Nações Unidas (ONU) propõe a medição do desenvolvimento incorporando outros critérios.

2.2 A Introdução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): medição do impacto do desenvolvimento econômico na vida das pessoas

Devo reconhecer que não via no início muito mérito no IDH em si, embora tivesse tido o privilégio de ajudar a idealizá-lo. A princípio, demonstrei bastante ceticismo ao criador do Relatório de Desenvolvimento Humano, Mahbub ul Haq, sobre a tentativa de focalizar, em um índice bruto deste tipo - apenas um número -, a realidade complexa do desenvolvimento e da privação humanos. (...) Mas, após a primeira hesitação, Mahbub convenceu-se de que a hegemonia do PIB (índice demasiadamente utilizado e valorizado que ele queria suplantá-lo) não seria quebrada por nenhum conjunto de tabelas. As pessoas olhariam para elas com respeito, disse ele, mas quando chegasse a hora de utilizar uma medida sucinta de desenvolvimento, recorreriam ao pouco atraente PIB, pois apesar de bruto era conveniente. (...) Devo admitir que Mahbub entendeu isso muito bem. E estou muito contente por não termos conseguido desviá-lo de sua busca por uma medida crua. Mediante a utilização habilidosa do poder de atração do IDH, Mahbub conseguiu que os leitores se interessassem pela grande categoria de tabelas sistemáticas e pelas análises críticas detalhadas que fazem parte do Relatório de Desenvolvimento Humano. (SEN, Amartya. Prefácio do RDH de 1999. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/>. Acesso em: 26 maio 2012).

A ênfase hegemônica na necessidade de industrializar e, assim, promover o desenvolvimento econômico, por muito tempo limitou a visão dos planejadores, desviando seu olhar de algo que é fundamental no desenvolvimento: a qualidade de vida da população.

Por muito tempo foi esquecido que as pessoas são tanto os meios quanto o fim do desenvolvimento econômico, O que importa, na verdade, mais do que o simples nível de crescimento ou de industrialização é o modo como os frutos do progresso, da industrialização, do crescimento econômico são distribuídos para a população, de modo a melhorar a vida de todos. (OLIVEIRA, 2002, p.45).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) tem apresentado, desde 1990, Relatórios Anuais sobre o Desenvolvimento Humano, elaborados a partir da aferição do Índice de

⁵ Tornando-se aplicável a escalas regionais e intranacionais.

⁶ Para definir a renda per capita de uma região, divide-se o PIB pelo número de habitantes da área em estudo.

Desenvolvimento Humano⁷ (IDH), que é composto de três variáveis: renda per capita, nível de escolaridade e expectativa de vida/longevidade.

Além de computar o PIB per capita, depois de corrigi-lo pelo poder de compra da moeda de cada país, o IDH também leva em conta dois outros componentes: a longevidade e a educação. Para aferir a longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer. O item educação é avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. A renda é mensurada pelo PIB per capita, em dólar PPC (paridade do poder de compra, que elimina as diferenças de custo de vida entre os países). Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um. (Disponível em: <http://www.pnud.org.br/>. Acesso em: 26 maio 2012).

O IDH representou um esforço para contemplar, além das questões econômicas, outras faces da vida humana nos índices avaliadores das diferentes nações. Por ser um conceito extremamente abrangente e com um componente subjetivo, o desenvolvimento humano é de difícil mensuração (SANTOS, 2005).

Entretanto, no sentido de condensar informações fundamentais para a tomada de decisão, em um determinado período, o IDH tem cumprido o seu papel, dando visibilidade a dados que podem auxiliar na construção de um futuro desejável, considerando as crenças sociais do que tem e do que não tem valor.

O Índice de Desenvolvimento Humano foi criado originalmente para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; países com IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto. (SANTOS, 2005, p.22-23).

No ano de 2011, tomado como exemplo, o Brasil ocupou a 84ª posição entre os 187 países que foram avaliados pelo IDH⁸. O Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil em 2011 foi de 0,718. O país com o maior IDH em 2011 foi a Noruega, que teve a pontuação de 0,943. Os cinco primeiros colocados no relatório do PNUD foram, pela ordem, Noruega, Austrália, Holanda, Estados Unidos e Nova Zelândia. Já o pior IDH, entre os países avaliados, foi o da República Democrática do Congo, com índice 0,286. Os cinco últimos foram Chade, Moçambique, Burundi, Níger e República Democrática do Congo.

O Relatório de 2011 discorre sobre as contribuições da abordagem do desenvolvimento humano na compreensão de um mundo em constante mudança e sua repercussão nas formas de melhorar a existência humana.

De fato, o desenvolvimento humano é uma ideia em evolução – não um conjunto de preceitos fixos e estáticos – e, à medida que o mundo muda, as ferramentas e os conceitos analíticos evoluem (...). Os últimos 20 anos viram progressos substanciais em muitos aspectos do desenvolvimento humano. Hoje em dia, a maior parte das pessoas tem mais saúde, vidas mais longas, mais instrução e maior acesso a bens e serviços. Mesmo nos países que enfrentam situações econômicas adversas, a saúde e a educação das pessoas têm melhorado significativamente. E tem havido progressos, não só no melhoramento da saúde e da educação e do aumento do rendimento, mas também na ampliação da capacidade das pessoas para selecionarem os líderes, influenciarem as decisões públicas e partilharem o conhecimento.

Contudo, nem todos os lados da história são positivos. Estes anos também assistiram ao aumento de desigualdades – tanto dentro dos países como entre eles. (<http://hdr.undp.org/en/media/>

⁷ Criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano.

⁸ De acordo com os dados divulgados no Relatório Anual do PNUD. (<http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_PT_Overview_reprint.pdf>. Acesso em: 26 maio 2012).

HDR_2010_PT_Overview_reprint.pdf. Acesso em: 26 maio 2012).

No Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011 “Sustentabilidade e Equidade: um futuro melhor para todos” (Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acesso em: 21 out. 2012) há o destaque para a piora na distribuição de renda na maioria das regiões do planeta. Nesse sentido, a América Latina é destacada como a região mais desigual em termos de renda, mesmo considerando que países, como o Brasil e o Chile, estão diminuindo as diferenças internas entre os mais ricos e os mais pobres. Entretanto, numa análise mais geral do IDH, especificamente atentando para a expectativa de vida e escolaridade, a América Latina mostra-se mais equitativa que as regiões da África Subsaariana e o sul da Ásia, conforme os resultados do IDH do ano de 2011 (Disponível em: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_PT_Summary.pdf). Acesso em 21 out. 2012).

Desde a década de 1990, o desenvolvimento humano tem ocupado um importante lugar no debate sobre desenvolvimento, especialmente a partir dos Relatórios Anuais publicados pelo PNUD (Disponível em: <http://www.pnud.org.br/home>). Acesso em: 26 maio 2012), tendo como mérito deslocar a questão central do “quanto se produz” para a questão “como o que se produz afeta a vida das pessoas”.

Apesar de ter sido publicado pela primeira vez em 1990, o índice foi recalculado para os anos anteriores, a partir de 1975. Aos poucos, o IDH tornou-se referência mundial. É um índice-chave dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas e, no Brasil, tem sido utilizado pelo governo federal e por administrações municipais, através do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), que pode ser consultado no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, um banco de dados eletrônico com informações socioeconômicas sobre os 5.507 municípios do país, os 26 Estados e o Distrito Federal. (Disponível em: <http://www.pnud.org.br/home>). Acesso em: 26 maio 2012).

O IDH, bem como os Relatórios Anuais publicados a partir da mensuração desse índice, como já referido constitui a base das análises e ações advindas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas⁹, quais sejam: (1) erradicar a pobreza e a fome; (2) atingir o ensino básico universal; (3) promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; (4) reduzir a mortalidade na infância; (5) melhorar a saúde materna; (6) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; (7) garantir a sustentabilidade ambiental; (8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Se o IDH, por um lado, refle o impacto do desenvolvimento econômico na vida das pessoas, por outro lado, ainda não incorpora, de forma consistente, algo fundamental no contexto atual: os indicadores da dimensão ambiental, embora “garantir a sustentabilidade ambiental” conste entre um dos grandes objetivos das Nações Unidas para o milênio.

2.3 A Proposição do Índice de Qualidade de Vida (IQV): incorporação da dimensão ambiental

Procurando preencher a lacuna deixada pela inexpressividade da dimensão ambiental nas avaliações, Herculano (2000) propôs, dentre tantas outras propostas existentes, uma mudança, no sentido de incorporar a dimensão ambiental a um índice de sinalização do bem estar humano, denominando-o de Índice de Qualidade de Vida (IQV). A autora sugere “elementos para a elaboração de um novo conjunto de indicadores que mensurem, a um só tempo e de forma integradora, o bem estar individual, o equilíbrio ambiental e o desenvolvimento econômico” (HERCULANO, 2000, p.01-02).

Essa nova visão ganha força com diferentes proposições no sentido de ampliar o conceito de desenvolvimento e agregar novas dimensões aos seus índices de aferição e acompanhamento.

⁹ Fonte: <http://www.pnud.org.br/odm/index.php?lay=odmi&id=odmi#documentos>. Acesso em: 26 maio 2012.

A nova visão (...) amplia totalmente as dimensões a serem levadas em conta para saber se uma sociedade progride ou não, e inclui, ao lado dos indicadores econômicos comuns, aspectos que tem a ver com o desenvolvimento social, o desenvolvimento ambiental, o acesso à cultura, as liberdades e a construção da cidadania. (SEN e KLIKSBURG, 2001, p. 100).

Enquanto proposição do IQV, Herculano (2000) vislumbra tal índice como indicador de um compromisso ético da sociedade que garante a vida e permite que as potencialidades humanas sejam realizadas sem, com isso, destruir a natureza. Essa noção de compromisso ético procura superar a perspectiva de uma “perfeição inatingível”.

A autora apresenta duas indagações comuns quando se propõe um estudo sobre qualidade de vida. A primeira delas refere-se ao fato de que algumas pessoas consideram o assunto por demais subjetivo, portanto, localizando-se fora do campo científico. A segunda questão está vinculada à tese de que “o debate sobre qualidade de vida excede ao debate prioritário sobre o fim da miséria” (HERCULANO, 2000, p.04).

Embora haja uma relutância na abordagem do tema, a avaliação da qualidade de vida vem sendo apresentada de duas maneiras:

- 1) Em primeiro lugar, examinando-se os recursos disponíveis, a capacidade efetiva de um grupo social para satisfazer suas necessidades. Por exemplo, podemos analisar as condições de saúde pela quantidade de leitos hospitalares e números de médicos disponíveis (...).
- 2) Uma segunda forma de estimar a qualidade de vida é avaliar as necessidades, através dos graus de satisfação e dos patamares desejados. Podemos, assim, tentar mensurar a qualidade de vida pela distância entre o que se deseja e o que se alcança, ou seja, pelos estágios de consciência a respeito dos graus de prazer ou felicidade experimentados (...). Devemos levar em conta que a definição do que é qualidade de vida variará em razão de diferenças individuais, sociais e culturais. (HERCULANO, 2000, p. 05).

O economista indiano Amartya Sen, citado por Herculano (2000) enfatiza que a qualidade de vida deve ser avaliada como a capacitação que uma pessoa tem para alcançar as funcionalidades elementares (alimentação, saúde, moradia) e as funcionalidades referentes ao auto-respeito e à vida em comunidade.

Para Sen a capacitação não se mede pelas realizações efetivas de uma pessoa, mas pelo *conjunto de oportunidades reais que ela tem a seu favor*. A qualidade de vida não deve, portanto, ser entendida como um mero conjunto de bens, confortos e serviços, mas, através destes, das *oportunidades efetivas das quais as pessoas dispõem para ser*. Oportunidades dadas pelas realizações coletivas. (HERCULANO, 2000, p.09).

Quando discorre sobre a relação entre qualidade de vida e justiça, Sen (2011) dedica parte de suas reflexões sobre a questão da saúde, demonstrando o quanto a capacitação para alcançar funcionalidades essenciais à subsistência depende, não só do querer (desejo) ou da disponibilidade (material, tecnológica ou de nível de conhecimento ao qual a humanidade chegou) de algum recurso, mas das oportunidades vivenciadas pelas pessoas.

Uma injustiça particularmente séria é a falta de oportunidade que alguns podem ter de obter boa saúde por causa de arranjos sociais inadequados, ao contrário, por exemplo, de uma decisão pessoal de não se preocupar particularmente com a saúde. Nesse sentido, uma doença que se deixa de prevenir ou tratar por razões sociais (como a pobreza ou a força brutal de uma epidemia localizada em determinada comunidade) e não por razões de escolha pessoal (por exemplo, fumo ou outros comportamentos arriscados de adultos) tem uma relevância particularmente negativa para a justiça social. (SEN e KLIKSBURG, 2011, p.57).

Mais uma vez, segundo Herculano (2000), a proposição de condensar a complexidade dos dados sobre a qualidade de vida tem seu mérito na informação e formação da opinião pública, no sentido de influenciar nas políticas decisórias e ações que podem criar as oportunidades para que determinada população possa ser/realizar-se.

A partir do contexto apresentado, no qual a qualidade de vida está intimamente relacionada à capacidade e oportunidade de uma pessoa realizar-se (desde as questões de sobrevivência até àquelas que envolvem a sua autoestima), o componente ambiental, grande preocupação do mundo contemporâneo, assume papel relevante nas proposições de indicadores de avaliação dessa qualidade de vida.

Até a década de 1960, a teoria econômica e, conseqüentemente, a sua proposição de índices de mercado, não considerava a necessidade de incorporar a discussão sobre externalidades ambientais, embora, desde a década de 1930, já existisse o conceito de externalidade¹⁰ para expressar falhas produzidas pelo funcionamento de mercado. Mais adiante esse conceito foi incorporado pela Economia Ambiental, com o princípio do “poluidor/pagador”, onde o “dano ambiental” é contabilizado e valorado, numa tentativa de internalizar as externalidades no sistema de mercado atual.

De acordo com Herculano (2000), os indicadores ambientais passaram a ser estudados no final da década de 80, com trabalhos iniciais no Canadá e na Holanda. Entretanto, no cenário internacional a preocupação com o meio ambiente já se iniciou na década de 1970.

A conferência da ONU sobre meio ambiente em Estocolmo (1972) fez a humanidade tomar consciência de problemas nunca levantados anteriormente. Entretanto, foi em 1992, no Rio, que os países membros da ONU se comprometeram a cumprir a Agenda 21, um programa ecológico para o século XXI. (BARROS e BETTO, 2009, p.60).

O que se percebe, a partir de então, é a busca de indicadores ambientais que apontem as formas de interação entre as atividades humanas e o meio ambiente.

O meio ambiente é entendido predominantemente como:

- 1) Fonte de recursos: minerais, energia, alimentos, matérias primas em geral;
- 2) Depósito de rejeitos: lixo industrial e doméstico; efluentes líquidos e gasosos; lixo tóxico;
- 3) Suporte da vida e da biodiversidade. (HERCULANO, 2000, p.16).

Os indicadores ambientais costumam apresentar as seguintes configurações: (1) *indicadores de estado* (referentes à medição do estado físico ou biológico do mundo natural); (2) *indicadores de pressão* (que buscam identificar as pressões das atividades humanas causadoras de modificações no estado físico/biológico do mundo natural); (3) *indicadores de resposta* (na tentativa de verificar a política adotada como resposta a pressões, na busca da melhoria ambiental ou diminuição da degradação). Tais indicadores situam-se no contexto de discussões da sociedade ecologicamente sustentável (HERCULANO, 2000, p.19).

A preocupação ecológica tem suscitado diversos movimentos e correntes de pensamento. Alguns grupos pretendem preservar a natureza e outros aceitam a interferência da humanidade, desde que respeitosa. Existem os que privilegiam a ecotecnologia, que procura corrigir os erros cometidos pelo modelo de desenvolvimento depredador. Outros julgam mais importante insistir na ecopolítica, que visa criar estratégias de desenvolvimento sustentável que garanta um planeta habitável para as gerações futuras. (BARROS e BETTO, 2009, p.20).

¹⁰ Conceito introduzido por Pigou (1932), referindo-se à ação de alguns indivíduos que afeta o nível de bem estar dos outros, sem que haja compensação financeira. (SOUZA, 2000, p.102-103).

Cabe, aqui, fazer uma breve reflexão sobre duas posições bastante demarcadas no campo da sociedade ecologicamente sustentável: a da *sustentabilidade fraca* e a da *sustentabilidade forte*, ambas com vinculações ideológicas bastante distintas. Podemos relacionar o primeiro conceito com a *economia ambiental* e, o segundo, com a *economia ecológica*.

Nesse sentido, para Souza (2000), a economia ambiental entende ser possível substituir o capital natural por um capital artificial (criado pelos homens); o que realmente conta, em termos de sustentabilidade, é a equação positiva capital natural mais capital artificial, mantendo o capital total.

Já os economistas ecológicos sustentam a manutenção do atual capital natural como única possibilidade de sustentabilidade.

Embora admitindo que talvez houvesse um nível sustentável de capital natural abaixo do atual, dadas as incertezas quanto a este fato e as consequências irreversíveis que provavelmente provocaria, é prudente que se mantenha ou mesmo se aumente o nível de capital natural. (SOUZA, 2000, p.154).

O PIB, enquanto indicador sacralizado e mundialmente utilizado precisa ser desafiado, mediante o desenvolvimento de indicadores capazes de “balançar” a sua hegemonia de aferição de crescimento da produção, ampliando-os para que contemplem, também, a dimensão ambiental e de qualidade de vida. Mesmo o IDH necessitaria de uma ampliação de suas variáveis indicadoras.

As variáveis usadas pelo IDH para que se avalie o nível de desenvolvimento humano ainda não deixam perceber os níveis de qualidade de vida, por não incorporarem a dimensão ambiental: as pessoas podem ter boa escolaridade, longa expectativa de vida, acesso às riquezas geradas, mas morarem e trabalharem em locais poluídos, sujeitos a riscos, conviverem com águas sujas, respirarem poluentes e habitarem compactamente selvas de pedra deprimentes, onde as cores predominantes sejam os tons de cinza do cimento e do asfalto. (HERCULANO, 2000, p.22).

A questão ambiental necessita ser agregada aos outros itens, mensurados pelo IDH, para que de fato possa espelhar a qualidade de vida de determinada população. Herculano (2000, p.22) propõe que “qualidade de vida” seja compreendida como “a soma das condições econômicas, ambientais, científico-culturais e políticas coletivamente construídas e postas à disposição dos indivíduos para que esses possam realizar suas potencialidades”.

Herculano (2000) levanta alguns pontos indicativos de qualidade de vida, a serem considerados na formulação de indicadores de desenvolvimento, conforme o quadro que segue:

Quadro 1 - Pontos indicativos de Qualidade de Vida

Qualidade Habitacional	Média de pessoas por m ² domiciliar; percentual de domicílios ligados às redes de abastecimento de água, de eletricidade, de esgotos, de telefonia; extensão dessas redes e das vias urbanas calçadas.
Qualidade Educacional	Matrículas escolares/população em idade escolar; nível médio de escolaridade; nível médio de escolaridade feminina; número de professores secundários/população em idade escolar; número de jornais e de livros vendidos; número de livrarias disponíveis; número de centros culturais/população.

(continua...)

Meio ambiente e saúde: indicadores de qualidade de vida e desenvolvimento humano

(conclusão.)

Qualidade da Saúde	Expectativa de vida; mortalidade infantil; morbidade materna; número de leitos e de médicos à disposição da população; relação de mortes por pacientes hospitalares; quantidade de proteína animal distribuída à população de menos de 15 anos, pela rede pública de ensino e pelas creches.
Condições de Trabalho	Quantidade de acidentes de trabalho/população trabalhadora industrial e agrícola; extensão das jornadas; níveis salariais médios por setor; presença de mão de obra infantil/total da população trabalhadora; o grau de diferença entre as rendas mais altas e mais baixas advindas do trabalho assalariado.
Diversidade e Horizontalização na Comunicação Social	Número de aparelhos de rádios e televisões; número de estações emissoras; número e tiragens de jornais impressos; quantidade de salas para cinema e teatros; número de horas semanais de programas educativos de rádio e TV educativos; comunicação comunitária; quantidade de bibliotecas por cidade e bairro; relação de emissoras, jornais e revistas por proprietário; número de computadores ligados à Internet.
Qualidade no Transporte Coletivo	Assentos/hora disponíveis, sobre trilhos, para a população urbana e interurbana; assentos/hora por veículo coletivo; tempo médio de deslocamento entre a moradia e o local de trabalho.
Qualidade Ambiental Urbana	Área verde e/ou áreas amenas urbanas per capita; distância média das moradias a essas áreas; níveis de emissão de CFC (clorofluorcarbono), de dióxido de carbono e de outros dejetos químicos; volume e qualidade da água potável disponível; destino dado ao lixo; valor de equipamentos antipoluição existentes/valor da produção.
Qualidade Ambiental Não Urbana	Níveis de acidificação e de contaminação tóxica dos solos; evolução da área de desertificação em relação à área total agrícola e de florestas; taxas de desflorestamento x taxas de reflorestamento; distância da área destinada a rejeitos radioativos em relação à área de vida das populações.
Qualidade, Pluralidade e Horizontalidade nos Canais de Decisão Coletiva	Recursos financeiros de pessoal destinados à gestão – governamental e não governamental – dos itens acima; velocidade na tramitação processual administrativa e judicial; existência de conselhos democráticos deliberativos, plurais, paritários; acessibilidade à candidatura a cargos eletivos.

Fonte: Herculano, 2000, p.23-24.

Em seu artigo, Herculano (2000) salienta que seria muito pretensioso concluir, naquele espaço, uma proposta final de indicadores de qualidade de vida. Porém, sua intenção (e também a nossa) ao apresentar os pontos indicativos, é ressaltar a possibilidade de se encontrar uma equação que avalie indicadores humanos e ambientais.

2.4 Qualidade de Vida e Saúde: para além do assistencialismo

No ano da realização de mais uma Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), é preciso resgatar, 20 anos depois, os princípios presentes na “Carta da Terra”, fruto das reflexões que emergiram na Conferência “Rio 92”. Esse documento conclama a “defesa da vida” e a “justiça social e econômica”.

Nesse contexto, não há como desvincular a saúde do movimento pelo desenvolvimento sustentável, entendendo as suas conexões com a defesa e qualidade da vida, bem como justiça e equidade.

A saúde é compreendida, então, para além do assistencialismo em serviços loco - regionais, embora também os abranja, como um requisito para a qualidade de vida, que envolve as questões ambientais e de justiça social. É importante a distinção entre saúde e atendimento de saúde para a determinação de políticas públicas, por exemplo.

A equidade na realização e na distribuição de saúde é indissociável da discussão de justiça social. “Em qualquer discussão de equidade e justiça social, doença e saúde devem figurar como uma preocupação da maior importância (...). A equidade na saúde não pode ser outra coisa senão um espaço central da justiça dos mecanismos sociais em geral”. (SEN e KLIKSBURG, 2011, p.55).

Considerado um conceito amplo e com implicações diversas, a equidade em saúde abarca uma série de arranjos sociais que extrapolam o atendimento de saúde e atingem, por exemplo, a alocação de recursos para saneamento, moradia, recuperação e preservação ambiental.

A urbanização desenfreada, sem mecanismos regulatórios e de controle, típica de países periféricos, trouxe consigo enormes repercussões na saúde da população. Problemas como a insuficiência dos serviços básicos de saneamento, coleta e destinação adequada do lixo e condições precárias de moradia, tradicionalmente relacionados com a pobreza e o subdesenvolvimento, somam-se agora à poluição química e física do ar, da água e da terra, problemas ambientais antes considerados ‘modernos’. Novamente, é sobre as populações mais carentes que recai a maior parte dos efeitos negativos da urbanização, gerando uma situação de extrema desigualdade e iniquidade ambiental e em saúde. (GOUVEIA, 1999, p.49).

Como já comentado anteriormente, Amartya Sen (SEN e KLIKSBURG, 2011) faz uma importante distinção entre o *querer* (desejo), a *disponibilidade* (material, tecnológica...) e as *oportunidades* de acesso vivenciadas pelas pessoas, no que se refere à saúde ou capacidade de realização da saúde. “Saúde e sobrevivência são centrais na compreensão não apenas da qualidade de vida de alguém, mas também, da capacidade desse alguém de fazer o que acha que deve ou deseja fazer”. (SEN e KLIKSBURG, 2011, p.63).

A distinção entre a *disponibilidade* e a *capacidade de realização na saúde* nos remete, novamente, para a compreensão ampliada de saúde: para além da equidade na distribuição dos serviços de atendimento, abrangendo diversas influências como hábitos alimentares, estilos de vida, renda, predisposição genética, condições de trabalho e moradia, ambiente epidemiológico e condições ambientais, dentre outras.

Qualidade de vida envolve a *capacidade de realização da vida*; capacidade de realização da saúde, da educação, da cultura, da autoestima e da vida em comunidade. Temos como propor índices que possam retratar essa qualidade de vida, mas, muito mais do que isso, esses índices devem subsidiar ações responsáveis de governança em favor da vida.

Existe (...) muita pobreza nesse mundo em que vivemos. Muito pior que isso é o fato de que tantas pessoas – inclusive crianças de classes sociais desprivilegiadas – serem forçadas a levar vidas miseráveis e precárias e a morrer prematuramente. Essa situação relaciona em geral a baixa renda, mas não somente. Ela também reflete a provisão inadequada da saúde pública e apoio nutricional, deficiência de previdência social e ausência de responsabilidade social e governança cuidadosa. (SEN e KLIKSBURG, 2011, p.71).

Na tentativa de reverter esse quadro é aconselhável que políticas públicas, incluindo as de saúde e meio ambiente, sejam construídas a partir da reflexão sobre a sobrevivência da espécie humana e as possibilidades de desenvolvimento sustentável.

Um primeiro aspecto refere-se a compreender “saúde” de forma mais ampla do que tradicionalmente tem sido concebida (“ausência de doenças”). O conceito de saúde está intrinsecamente relacionado às condições de vida das populações.

Tradicionalmente, as políticas públicas e os investimentos em saúde têm sido derivados da concepção tradicional de saúde, resultando numa ação assistencialista/hospitalocêntrica, que reforça o modelo global hegemônico de prestação de serviços ao doente.

Como ainda pouco tem sido feito para enfrentar os determinantes socioeconômicos, políticos e culturais das doenças, e os investimentos em saúde têm sido prioritariamente feitos em assistência, os gastos em saúde não tem revertido em melhoria destas condições. (WESTPHAL, 1997, p.11).

Amartya Sen (SEN e KLIKSBURG, 2011, p.56) contextualiza o conceito de saúde a partir da compreensão de justiça social na contemporaneidade, enfatizando a necessidade de equidade na realização e na distribuição dos múltiplos determinantes desse conceito. Diz, também, que a equidade na saúde não pode ser reduzida à distribuição de atendimentos aos doentes.

Uma injustiça particularmente séria é a falta de oportunidade que alguns podem ter de obter boa saúde por causa de arranjos sociais inadequados, ao contrário, por exemplo, de uma decisão pessoal de não se preocupar particularmente com a saúde. Nesse sentido, uma doença que se deixa de prevenir ou tratar por razões sociais (como a pobreza ou a força brutal de uma epidemia localizada em determinada comunidade) e não por razões de escolha pessoal (por exemplo, fumo ou outros comportamentos arriscados de adultos) tem uma relevância particularmente negativa para a justiça social. (SEN e KLIKSBURG, 2011, p. 57).

Na perspectiva da atenção à saúde da população, as ações empreendidas necessitam apoiarem-se nessa concepção ampla, que incorpora os condicionantes biológicos, econômicos, sociais, ambientais, políticos e culturais do processo saúde/doença. Ao assumirmos essa concepção, também precisamos considerar, de acordo com Sen (SEN e KLIKSBURG, 2011) a capacidade de realização de uma vida saudável e os condicionantes concretos para que essa realização de fato ocorra.

O argumento pela equidade em saúde não pode ser apenas uma exigência sobre como o atendimento de saúde, especificamente, deve ser distribuído (ao contrário do que se presume algumas vezes). Os fatores que podem contribuir para a conquista e a perda da saúde vão muito além do atendimento de saúde, e incluem muitas influências de diversos tipos, variando desde predisposições genéticas, renda individual, hábitos alimentares e estilos de vida, por um lado, até o ambiente epidemiológico e condições de trabalho, por outro [...]. Equidade na saúde não pode ser entendida em termos de distribuição de atendimento em saúde. (SEN e KLIKSBURG, 2011, p.57-58).

A concepção de saúde no contexto contemporâneo relaciona à “assistência” e à “cura”, aspectos fundamentais de promoção da saúde, a partir da compreensão dos seus condicionantes, presentes no modo como as pessoas vivem e nas oportunidades que podem desfrutar para se manterem saudáveis.

Westphal (1997) descreve os pré-requisitos básicos para a saúde da população contemporânea.

Os pré-requisitos básicos para a saúde [...] são: a paz, a segurança política e pessoal promovida através de políticas redistributivas, de apoio à família, de orientação da mídia e de segurança pública que farão a prevenção de violência nas ruas, a decorrente da repressão policial [...]; a posse da habitação, atendendo à necessidade básica de abrigo, adequada em termos de dimensões por habitante, condições de conforto térmico, presença de sanitários com ligações que permitam o destino adequado dos dejetos e outros; o acesso a um sistema educacional atendendo à necessidade de informação, em condições que favoreçam a democratização da mesma, através de um processo ensino aprendizagem eficiente, em que ocorram poucas repetências e evasões; disponibilização de alimentos através de políticas de produção e distribuição que garantam a chegada à mesa da população dos nutrientes em quantidade suficiente para o atendimento das necessidades biológicas, promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes e reposição da força de trabalho; renda suficiente para o atendimento às necessidades básicas e pré-requisitos anteriores; recursos renováveis garantidos por uma política agrária e industrial voltada para as necessidades da população e o mercado interno e não somente importação e exportação; ecossistema preservado

e manejado de forma sustentável para que as condições atmosféricas, ar e solo sejam saudáveis e não poluídas. (WESTPHAL, 1997, p.12-13).

A compreensão desses pré-requisitos à saúde das populações não permite mais que a tentativa de equacionar os problemas nessa área fique circunscrita ao setor “saúde”. O envolvimento de outros setores no planejamento e o acompanhamento das políticas públicas e projetos governamentais são fundamentais para a tentativa de equilíbrio das iniquidades e garantia de respeito aos direitos humanos, em especial, à realização de uma vida saudável.

No Brasil, o Movimento pela Reforma Sanitária e a Oitava Conferência Nacional de Saúde (em 1986)¹¹, impulsionaram a discussão de estratégias multissetoriais para dar conta da mediação saúde – condicionantes políticos, econômicos, sociais, estruturais, ambientais e culturais. Entretanto, essa discussão parece ter se restringido ao estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua rede de prestação de serviços. Mais recentemente, como argumenta Westphal (1997, p.13), “questões como a da poluição do ar, água e solo, [...] vem sendo atribuída ao âmbito da Vigilância Sanitária das Secretarias de Saúde ou órgãos de Saneamento Básico, encarregados da aplicação de multa a instituições ou empresas infratoras de normas”. Com honrosas exceções, a discussão das estratégias de atenção à saúde não conseguiu atingir setores como educação, transporte, habitação, trabalho, meio ambiente e planejamento urbano; adotando-se, de fato, uma perspectiva de promoção da saúde e prevenção de morbidades evitáveis.

A saúde emerge como um tema interdisciplinar que merece especial atenção na compreensão da dinâmica da vida contemporânea. Vivemos em contextos que têm se tornado cada vez mais insalubres, onde é visível a incapacidade de assegurar qualidade de vida às pessoas; além disso, convivemos com as consequências da industrialização e da degradação ambiental.

O planeta passou a experimentar, ainda que diferencialmente, mudanças ambientais enormes. A industrialização e os avanços tecnológicos fizeram aumentar vertiginosamente a quantidade e a variedade de contaminantes químicos eliminados no meio ambiente. Concomitantemente, o processo de urbanização mundial sem precedentes na história vem tendo vastas implicações para o bem-estar geral das pessoas e para a qualidade do meio ambiente. (GOUVEIA, 1999, (p.52).

Essas consequências da degradação ambiental e da expansão urbana, entretanto, não atingem da mesma forma todos os países. Naqueles países onde a urbanização cresce muito rapidamente, de maneira descontrolada e sem o devido acompanhamento da infraestrutura necessária à vida nas cidades, um número significativo de pessoas não dispõe de serviços essenciais como água tratada, segurança, moradia, saneamento, destinação de lixo e resíduos, serviços de educação, transporte e saúde.

Populações inteiras, em geral as mais pobres, que residem na periferia dos grandes centros urbanos e em outras áreas menos privilegiadas das cidades, vivem em condições inadequadas de moradia, sem acesso aos serviços básicos, e ainda expostas a diversos contaminantes ambientais típicos do desenvolvimento, como a poluição por produtos químicos e a poluição atmosférica. Estes são conhecidos como os que enfrentam o “pior dos dois mundos”: os problemas ambientais associados ao desenvolvimento econômico e os, ainda não resolvidos, problemas sanitários. (GOUVEIA, 1999, p.53-54).

¹¹ A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um importante marco no Brasil, pois pela primeira vez a população participou das discussões que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, a partir de um conceito ampliado de saúde: promoção, proteção e recuperação.

Alguns tópicos integrantes do conceito de saúde contemporâneo e que estão relacionados com a infraestrutura e sua relação com o meio ambiente são explicitados a seguir.

O primeiro deles é o **serviço de água e saneamento**. A relação entre a saúde das pessoas e a qualidade da água e do saneamento das aglomerações urbanas foi uma das primeiras a ser identificada na história da humanidade e até hoje desempenha papel fundamental em qualquer discussão sobre saúde e meio ambiente. Esse serviço essencial, quando não disponível, atinge especialmente as crianças, que estão mais sujeitas às consequências de um ambiente não saneado. Nesse aspecto, é bastante comum a identificação de locais, especialmente nas periferias das cidades, onde o esgoto “corre a céu aberto” e a água não chega à moradia das famílias.

O segundo tópico fundamental para a saúde urbana está relacionado à **moradia**. Nas cidades contemporâneas, um número cada vez maior de assentamentos informais é perceptível, onde contingentes enormes de pessoas vivem em condições subumanas, em moradias completamente inadequadas à sua existência com dignidade. Além da falta de cobertura de água, esgoto e coleta de lixo para as moradias desses locais, existem outros fatores associados à qualidade habitacional que interferem na saúde: “condições térmicas precárias, umidade, presença de mofo, má-ventilação, grande adensamento de indivíduos por cômodo, infestações por insetos e roedores, nível de ruído” (GOUVEIA, 1999, p.55).

Já o terceiro tópico refere-se aos **resíduos sólidos (lixo)**, cuja problemática ambiental assume grandes proporções em qualquer centro urbano da atualidade, não só pela inadequação do tratamento e destinação dada a esses resíduos (tanto domésticos quanto industriais), como pela quantidade sempre crescente que vem sendo produzidos.

O quarto tópico relaciona-se à **poluição do ar**. O aumento da poluição atmosférica gera a ocorrência de mais doenças respiratórias, uma vez que são desencadeadas pela inalação do ar poluído. Também, “aumentos na mortalidade, na morbidade e prejuízos na função pulmonar, têm sido relatados como associados aos níveis elevados de poluentes atmosféricos urbanos” (GOUVEIA, 1999, p.56).

Cabe salientar que, no princípio do fenômeno de migração do campo e expansão urbana as cidades eram tidas como sinônimos de melhor qualidade de vida e saúde. Entretanto, hoje esse quadro vem mudando radicalmente, com a deterioração das condições ambientais, o aumento dos índices de pobreza, o surgimento de novas ameaças epidemiológicas à saúde e o ressurgimento de epidemias até então controladas.

Desse modo, a sociedade em geral, sobretudo as populações mais carentes, vêm enfrentando o convívio diário com as aflições típicas de países desenvolvidos: problemas psicossociais (drogas, crime, doença mental, alcoolismo, etc.), alta incidência de doenças crônico-degenerativas, além dos problemas decorrentes da saturação do meio ambiente para absorver o impacto de transformações tecnológicas, como o aumento da poluição química, física e biológica da água, ar e terra, decorrente da industrialização, transporte, produção de energia. Mas, ao mesmo tempo, ainda não conseguiu se livrar por completo de inúmeros males característicos de países pobres como as doenças infectocontagiosas, e aquelas decorrentes da provisão insuficiente de serviços. (GOUVEIA, 1999, p.57).

Nessa seção, destacamos a relação entre a qualidade de vida e a saúde, na tentativa de superar o conceito reducionista de saúde (como ausência de doença) que, por sua vez, remete a ações assistencialistas de serviços (com ênfase hospitalocêntrica/curativa), esquecendo-se de dimensões fundamentais dessa relação: água, saneamento, lixo, moradia, ar, trabalho e dignidade, dependentes de políticas públicas que considerem os indicadores de qualidade de vida como promotores de saúde.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse artigo procuramos abordar a proposição de alguns índices de desenvolvimento, suas possibilidades e limitações, especialmente quanto à capacidade dos mesmos refletirem a qualidade de vida e saúde das populações. Esses indicadores assumem relevância no cenário das políticas públicas, visto que acabam por subsidiar a adoção de determinadas ações que, por sua vez, refletem concepções e opções.

Desde o início do século XX, a ciência moderna e o modelo de desenvolvimento adotado como paradigma hegemônico, com a expansão do modo de produção capitalista, fez com que a humanidade celebrasse a evolução da ciência contemporânea. Entretanto, no contexto atual, é cada vez maior o número de pessoas que se opõem a essa “hegemonia do lucro”, que desrespeita valores culturais, exclui uma parcela da população das condições mínimas de sobrevivência e negligencia as condições ambientais da Terra.

Sem desconsiderar o indiscutível benefício que a ciência trouxe quanto ao progresso do conhecimento de diversas áreas, e que podem beneficiar a qualidade de vida no contexto contemporâneo, não podemos esquecer-nos das consequências de nossas escolhas, enquanto paradigmas de produção e consumo, para o meio ambiente e para a saúde.

A condição ambiental precária é fator contribuinte primordial na queda do estado geral de saúde e de baixa qualidade de vida das pessoas. Além do que, o avanço da ciência, no que tange à saúde, está disponível enquanto possibilidade, mas enquanto realização encontra-se muito distante de uma parte da população mundial.

Quem sabe mudanças possam existir, a partir de índices capazes de medir a qualidade de vida, auxiliar na superação da visão estreita de desenvolvimento (vinculada exclusivamente à questão de crescimento econômico) e refletir o contexto de exclusão e destruição ambiental parece ser um caminho. Esses índices poderiam, de fato, subsidiar políticas de equidade, inclusão social e preservação ambiental, enfim, de melhorias do contexto que procuram refletir.

Na relação entre saúde e meio ambiente, observa-se que as políticas públicas, as instituições e os recursos destinados estão circunscritos ao tratamento e cuidado daqueles que já estão doentes, deixando de lado a questão fundamental da prevenção. Da mesma forma, os movimentos ambientais, em grande parte, distanciam-se dos temas da saúde.

Assim, pensando em uma estratégia de desenvolvimento sustentável, é preciso a incorporação da questão ambiental nas políticas públicas de saúde, da mesma forma em que é preciso investir nos objetivos da saúde ambiental.

Nas discussões sobre saúde, faz-se necessário incorporar preocupações com os resultados da crescente urbanização e suas consequências socioambientais, bem como com os processos produtivos, com a qualidade de vida e com a preservação da biodiversidade. Nesse sentido a adoção de índices que possam retratar o contexto de vida e a qualidade ambiental é importante na proposição de políticas e ações.

REFERÊNCIAS

BARROS, Marcelo; BETTO, Frei. **O amor fecunda o universo: ecologia e espiritualidade**. Rio de Janeiro: Agir, 2009, 245p.

CLASSIFICAÇÃO DO IDH DE 2011 E VARIAÇÃO NA CLASSIFICAÇÃO ENTRE 2010 E 2011. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_PT_Summary.pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.

GÓMEZ, Jorge Montenegro. *Crítica ao Conceito de Desenvolvimento*, 1997. Disponível em: <<http://www4.fct.unesp.br/ceget/PEGADA31/jorgev3n1out2002.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2012.

GOUVEIA, Nelson. **Saúde e meio ambiente nas cidades:** os desafios da saúde ambiental. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, n. 8 (1), p. 49-61, 1999.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. 18. ed. São Paulo: Loyola, 2009, 349p.

HERCULANO, Selene C. **A qualidade de vida e seus indicadores**. In: HERCULANO, Selene *et al.* (org.). *Qualidade de Vida e Riscos Ambientais*. Niterói: EDUFF, 2000, 334p.

INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_PT_Tables_reprint.pdf>. Acesso em: 26 maio 2012.

OLIVEIRA, Gilson Batista de. **Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento**. *Revista da FAE*, Curitiba, v.5, n.2, p.37-48, maio/ago. 2002.

RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DE 2011 - "SUSTENTABILIDADE E EQUIDADE: UM FUTURO MELHOR PARA TODOS". Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 21 out. 2012.

SANTOS, Maria Janete Sousa dos. **Indicadores de desenvolvimento humano e qualidade de vida na amazônia:** A Experiência do Acre. 2005. Dissertação (Centro de Desenvolvimento Sustentável – Mestrado)-Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar:** A Ética do Desenvolvimento e os Problemas do Mundo Globalizado. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, 404p.

SOUZA, Renato Santos. **Entendendo a questão ambiental:** temas de economia, política e gestão do meio ambiente. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2000, 461p.

WESTPHAL, Márcia Faria. **Municípios saudáveis:** aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, n.6 (2), p. 9-18, 1997.